

**U. PORTO**

**FMUP** FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

2015/2016

Maria Elisabete Teixeira Branco

Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder

março, 2016

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria Elisabete Teixeira Branco

## Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Psiquiatria e Saúde Mental**

**Tipologia: Dissertação**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**

**Dr. Ricardo Jorge da Silva Assunção Torres Moreira**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**

**International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health**

março, 2016

# FMUP

Eu, Maria Elisabete Teixeira Branco, abaixo assinado, nº mecanográfico 200902488, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação:

Maria Elisabete Teixeira Branco

**Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO**

NOME

Maria Elisabete Teixeira Branco

NÚMERO DE ESTUDANTE

200902488

DATA DE CONCLUSÃO

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria e Saúde Mental

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder

ORIENTADOR

Ricardo Jorge da Silva Assunção Torres Moreira

COORDINADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

☐

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

☐

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.

☒

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação: Maria Elisabete Teixeira Branco

# Dedicatória

*“ A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumámos a ver o mundo”.*

*Albert Einstein*

## **Dedico esta dissertação:**

Aos meus pais, pela dedicação incondicional;

Aos meus irmãos, pela boa disposição, paciência e conselhos;

Às pessoas que sofrem de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, que lutam diariamente por vencer esta doença.

# Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder

Maria Elisabete Branco<sup>1</sup> and Ricardo Moreira<sup>2</sup>

## Abstract

**Background:** Some models of obsessive–compulsive disorder (OCD) emphasize the role of dysfunctional beliefs in the etiology and maintenance of this disorder. These beliefs are about the importance of thoughts, overestimation of danger, exaggerated sense of responsibility, extreme need for certainty and perfectionism. The objective of this study is to examine the relationship between OCD symptom clusters and obsessive beliefs, in adult OCD patients.

**Methods:** A sample of 55 OCD patients, fulfilled a measure of dysfunctional OCD-related beliefs (*Obsessive Beliefs Questionnaire-44*), along with measures of OCD symptom severity (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*), type of OCD symptoms (*Yale Brown Obsessive Compulsive Symptom Check-list*), anxiety and depression severity symptoms (*Hamilton Anxiety Rating Scale*, and *Hamilton Rating Scale for Depression*) and a questionnaire with socio-demographic and clinical variables.

**Results:** In this study Obsessive beliefs evidenced significant correlations with severity of OCD symptoms, Responsibility/Threat estimation was more related with severity of compulsions, Importance/Control of Thought was associated with severity of anxiety symptoms, and all the obsessive beliefs were related with the severity of depression symptoms. No correlation was found between OCD symptom clusters (symmetry, forbidden thoughts, cleaning and hoarding) and obsessive beliefs.

**Conclusion:** Obsessive beliefs evidenced significant correlations with severity of OCD symptoms, as well as severity of anxiety and depression symptoms. These results highlight the importance of Obsessive beliefs in the genesis and evolution of OCD and reinforce the importance of Cognitive Therapy in the treatment of this pathology.

**Keywords:** Obsessive Beliefs, Dysfunctional Beliefs, Obsessive-compulsive disorder.

<sup>1</sup> Student of Faculty of Medicine of Porto University, Portugal

<sup>2</sup> MD, Psychiatry and Mental Health Clinic of Centro Hospitalar São João, Oporto, Portugal

Correspondence: Maria Elisabete Branco  
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP),  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal  
Email address: melisabetetb@gmail.com

## Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disabling mental disorder characterized by the presence of excessive and irrational intrusive thoughts, images or impulses (obsessions) and/or the presence of repetitive behaviours or mental acts (compulsions) accomplished not to provide pleasure or satisfaction, but to suppress or neutralize the anxiety caused by obsessions (1). The most usual obsessions are worries about contamination, recurrent doubts, the need for order/symmetry, fear of dreadful or aggressive impulses/events and concerns related with sexuality. For a person to meet full diagnostic criteria, the symptoms must be frequent and sufficiently interfering. While people without mental health problems don't attribute significance to such thoughts and dismiss them easily, it is theorized that OCD patients appraise their manifestation and content as important and meaningful, on the basis of particular dysfunctional beliefs (2). The lifetime prevalence of OCD in the general population is estimated to be in the region of 1–2% (3,4).

The growing factor and cluster analytic research suggests that OCD is a highly heterogeneous condition composed of distinct obsessive-compulsive symptom clusters that include: 1) symmetry: symmetry obsessions and repeating, ordering, and counting compulsions; 2) forbidden thoughts: aggression, sexual, religious, and somatic obsessions and checking compulsions, 3) cleaning: contamination obsessions and cleaning compulsions, and 4) hoarding obsessions and compulsions (5).

A great deal of progress has been made in cognitive-behavioral approaches for OCD over the past few decades (6). Early cognitive conceptualizations of OCD (7), were founded on Beck's (8) basic cognitive approach to emotional disorders, which suggests that maladaptive emotions and behaviors result from dysfunctional beliefs and interpretations (i.e., cognitions). More recently, cognitive conceptualizations of OCD have become more focused and sophisticated, as authors have developed belief-based models for particular presentations of OCD (9,10).

Measures of different "levels" of cognition characteristics of OCD have been developed and are widely used to assess pre-treatment and cognition changes following treatment (11). The Obsessive Compulsive Cognitions Working Group developed an instrument to assess these beliefs, the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) (12,13). The OBQ was later condensed to three factor-analytically distinguishable domains of "obsessive" beliefs: (a) inflated responsibility and the tendency to overestimate threat, (b) the need for perfectionism and certainty, and (c) the over-importance and need to control thoughts (14). While there is evidence to suggest that some of these beliefs are not specific to OCD (15), the OBQ is frequently used in research on the cognitions involved in OCD.

Several investigations using clinical (14,16–18) and nonclinical samples (19,20) have examined relationships between OCD symptoms and cognitive variables. In this regard, associations were found between Responsibility/Threat estimation and rumination, Perfectionism/Certainty and checking and precision, and between Importance/Control of thoughts and impulses (21). Nevertheless, there are some inconsistent findings. For example, in some student samples, checking compulsions were associated with inflated perceptions of responsibility and threat (19,20), while in other samples of OCD patients, they were associated with the need for perfectionism and certainty (14,18). In yet another clinical sample, checking symptoms were not related to any obsessive beliefs (17). Washing symptoms have been associated with

inflated estimates of responsibility and threat in some (14,17), but not all studies (18). Finally, beliefs about the importance of and need to control thoughts predicted obsessive symptoms in some studies (17,18,20), but not in others (14).

Therefore, accordingly to previous studies, it is expected that certain obsessive beliefs may be strongly associated with certain OCD symptom clusters in a manner consistent with cognitive-behavioral conceptual models.

In this context, the main objectives of this investigation were, first, to assess and characterize obsessive beliefs and symptom clusters in a sample of Portuguese OCD patients and, second, to analyse possible associations between them.

## Methods

A sample of patients presenting for the first time to the “*Program of Treatment for Obsessive Spectrum Disorders*” from the Psychiatry and Mental Health Clinic of Centro Hospitalar São João (Oporto, Portugal), with a confirmed primary diagnosis of OCD (DSM-5 criteria) was recruited to participate on the study between 01/11/2015 and 31/01/2016. The exclusion criteria used were: Cognitive-behaviour therapy (CBT) received in the 6 months preceding participation in the research; presence of organic cerebral dysfunction, mental retardation or psychosis; presence of severe major psychiatric disorder in comorbidity with OCD (except major depressive disorder), age <18 years and > 65 years. We were able to recruit 55 patients.

The main outcomes of this study were: obsessive beliefs measured by the OBQ-44, severity of OCD symptoms measured by the Y-BOCS and symptom clusters inferred from the Y-BOCS Symptom Checklist (22,23). Secondary outcomes were: severity of anxiety and depression symptoms measured with *The Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) (24) and *The Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D-21) (25), respectively.

## Data collection methods

Between 01/11/2015 and 31/01/2016, all patients presenting for the first time to the “*Program of Treatment for Obsessive Spectrum Disorders*” from the Psychiatry and Mental Health Clinic of Centro Hospitalar São João (Oporto, Portugal), were interviewed by an experienced clinician in the management of OCD, following the Structured Clinical Interview from DSM-IV-TR (SCID). After confirmation of OCD diagnosis, the following measures were taken from all participants before treatment:

- ***The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44)***

It consists of 44 belief statements developed to characterize obsessive beliefs (14). The OBQ-44 has three factor analytically determined subscales: (a) inflated personal responsibility and the tendency to overestimate threat (Responsibility/Threat), (b) perfectionism and intolerance of uncertainty (Perfectionism/Certainty), and (c) over-importance and over-control of thoughts (Importance/Control). Respondents indicate their level of agreement with items on a 7-point rating scale. Higher scores indicate a greater strength of beliefs. The OBQ is internally consistent, and evidences good test-retest reliability, convergent validity, and discriminant validity (12–14).



- ***The Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale (Y-BOCS)***

The Y-BOCS is a semi-structured interview designed to measure symptom characteristics and severity in OCD patients. It entails a checklist of 58 symptoms (Y-BOCS Checklist) evaluating the presence (yes/ no) of current and past symptoms and 10 items measuring the severity of obsessions and compulsions (Y-BOCS Severity). Y-BOCS Severity items are scored on a five-point scale from 0 (no symptoms) to 4 (severe symptomatology) (22). Once the current types of obsessions and compulsions were identified, we organized them into clusters according to the four-factor symptom structure for OCD evidenced by Bloch et al. (5).

- ***The Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-21)***

It is a 21-item clinician-rated instrument intended to assess the existence and severity of symptoms of depression. Each item is rated on a three to five-point likert-type scale ranging from 0 to 4, with higher scores indicating more severity of depression (25).

- ***The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)***

It is a 14-item clinician-rated instrument designed to assess the existence and severity of anxiety symptoms. Each item is rated on a five-point likert-type scale ranging 0 to 4, with higher scores indicating more severe anxiety (24).

- ***Socio-demographic and clinical variables questionnaire***

We developed a specific questionnaire in order to assess socio-demographic and clinical variables like age at onset of illness, duration of illness, comorbidity with other psychiatric disorders (ex: Tic disorder), family history and other clinical variables considered relevant to this study.

## **Statistical analysis**

Statistical analyses was made with IBM SPSS Statistics 23.

The present research study and procedures were approved by The Ethics Committee for Health of Centro Hospitalar São João, and the written informed consent were obtained from all the participants.

## **Results**

We recruited a total of 55 participants who fulfilled the inclusion criteria. The most relevant demographic and clinical variables as well as global psychometric test results of our sample, are resumed in tables 1 and 2.

Patients were categorized into four groups accordingly to the OCD symptom clusters proposed by Bloch et al. (5). Cluster selection was made on the basis of the identified predominant symptoms in each patient: symmetry, forbidden thoughts, cleaning and hoarding (see Table 3).

The Obsessive beliefs showed significant correlations with OCD symptom severity: OBQ-44 total score showed association with Y-BOCS total and Y-BOCS obsessions, but not with Y-BOCS compulsions; OBQ-44 (RT) subscale exhibited significant correlation for all Y-BOCS scales; OBQ-44 (ICT) subscale only showed association with Y-BOCS obsessions; OBQ-44 (PC) subscale revealed significant

correlation for Y-BOCS obsessions, but was non-significant for Y-BOCS compulsions (see Table 4).

Table1  
Demographic profiles and clinical features of the participants.

		Frequency	Percent
Sex	Female	29	52,7
	Male	26	47,3
Marital Status	Single	35	63,6
	Married	11	20
	Civil Union	3	5,5
	Divorced	5	9,1
	Widowed	1	1,8
Educational Levels	4 <sup>th</sup> grade	6	10,9
	9 <sup>th</sup> grade	7	12,7
	12 <sup>th</sup> grade	22	40
	higher education	20	36,4
Socioeconomic Classes	Medium-high	5	9,1
	Medium	35	63,6
	Medium-low	12	21,8
	Low	3	5,5
Other Psychiatric Disorders	Without disorder	46	83,6
	Major Depressive Disorder	9	16,4

Table 2  
Demographic profiles, clinical features and psychometric test results of the participants.

	Descriptives				
	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
Age	55	18	60	33,64	11,362
Age at onset of clinical symptoms	55	6	55	20,02	8,486
Time of duration of OCD	55	0	37	11,69	9,784
Y-BOCS total	55	10	40	23,75	6,357
Y-BOCS obsessions	55	0	20	12,18	3,627
Y-BOCS compulsions	55	4	20	11,75	3,550
HAM-D-21	55	1	28	10,82	6,383
HAM-A	55	0	29	10,78	7,120
OBQ-44 total	55	65	297	187,69	57,811
OBQ-44 (PC)	55	26	111	74,35	23,506
OBQ-44 (RT)	55	17	110	69,62	24,024
OBQ-44 (ICT)	55	15	81	43,67	15,546

Note: N=sample size; Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; HAM-D-21=the Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-A=the Hamilton Anxiety Rating Scale; OBQ-44=Obsessive Beliefs Questionnaire-44; RT=Responsibility/Threat estimation subscale; ICT=Importance and Control of Thought subscale; PC=Perfectionism/Certainty subscale.

Table 3  
Categorization of the participants by OCD symptom clusters

	Frequency	Percent
Symmetry	14	25,5
Forbidden thoughts	23	41,8
Cleaning	15	27,3
Hoarding	3	5,5

To compare the means of OBQ-44 scores by OCD symptom clusters we used One-way ANOVA, checking for normal distribution of variables (Welch test) and homogeneity of variances (Levene's test). The variables had a normal distribution within each group and had equal variances. The results of these comparisons between obsessive beliefs and OCD symptom clusters were not statistically significant.

Obsessive beliefs showed a non-significant correlation with the age at onset of the clinical symptoms.

There were no significant differences on OBQ-44 subscales between patients with comorbidity of major depressive disorder and patients without other psychiatric comorbidity.

The analyses of correlation between obsessive beliefs and severity of anxiety and depressive symptoms emerged as significant, except for HAM-A total score and OBQ-44 (ICT) subscale (see Table 5).

Table 4  
Correlations of OCD symptom severity (Y-BOCS) and Obsessive beliefs (OBQ-44).

		OBQ-44 total	OBQ-44 (RT)	OBQ-44 (ICT)	OBQ-44 (PC)
Y-BOCS total	Pearson Correlation	,399**	,480***	,249	,322*
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,067	,036
	N	55	55	55	55
Y-BOCS obsessions	Pearson Correlation	,428**	,432**	,399**	,345*
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,003	,010
	N	55	55	55	55
Y-BOCS compulsions	Pearson Correlation	,252	,368**	,076	,190
	Sig. (2-tailed)	,064	,006	,581	,164
	N	55	55	55	55

Note: N=sample size; Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; OBQ-44=Obsessive Beliefs Questionnaire-44; RT=Responsibility/Threat estimation subscale; ICT=Importance and Control of Thought subscale; PC=Perfectionism/Certainty subscale; \*P<0,05; \*\*P<0,01; \*\*\* P<0,001.

Table 5  
Correlations of Depression and Anxiety severity symptoms (HAM-D-21; HAM-A) and Obsessive beliefs (OBQ-44).

		OBQ-44 total	OBQ-44 (RT)	OBQ-44 (ICT)	OBQ-44 (PC)
HAM-D-21	Pearson Correlation	,334*	,273*	,281*	,360**
	Sig. (2-tailed)	,013	,044	,038	,007
	N	55	55	55	55
HAM-A	Pearson Correlation	,309*	,306*	,252	,282*
	Sig. (2-tailed)	,022	,023	,063	,037
	N	55	55	55	55

Note: N=sample size; HAM-D-21=the Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-A=the Hamilton Anxiety Rating Scale; OBQ-44=Obsessive Beliefs Questionnaire-44; RT=Responsibility/Threat estimation subscale; ICT=Importance and Control of Thought subscale; PC=Perfectionism/Certainty subscale; \*P<0,05; \*\*P<0,01.

## Discussion and Conclusions

As well as in previous studies (18,26), the predominant OCD symptom clusters in our sample were forbidden thoughts and cleaning, and the less frequent was the hoarding cluster. Perfectionism and need of certainty was the obsessive belief more common in our patients, followed by responsibility and threat overestimation and the less frequent was Importance and Control of Thought. The same distribution of dysfunctional beliefs can be seen in other studies (21,27,28).

As in earlier studies, we found a statistically significant association between OBQ-44 total and Y-BOCS total scores, which suggests that obsessive beliefs play an important role in OCD (29,30). On the other hand, while there is no distinction between the subscales of OBQ-44 depending on the severity of obsessions (Y-BOCS obsessions), the same is not true for the severity of compulsions (Y-BOCS Compulsions). The results showed that higher scores in Y-BOCS compulsions are present in patients who feel more responsibility and overestimate threats (OBQ-44 (RT)), which is why they probably feel the need to do more compulsive behaviors (e.g. checking). These subjects not only overestimate the probability of an adverse event, but also believe that it is their responsibility to prevent it from happening. These results also suggest that all obsessive beliefs are in some way related to the etiology and maintenance of obsessions, but it seems that excessive sense of Responsibility/Threat estimation may have a more important role in the etiology and maintenance of compulsions.

Because of the classical association between Perfectionism/Certainty obsessions and ordering rituals (27), one would expect that Perfectionism/Certainty were associated to higher scores on Y-BOCS compulsions, but that was not evidenced in our study.

Although the role of specific beliefs in OCD symptoms evidenced by previous researches (11,17,18,20,28,31), in our study we found no significant association between symptom clusters and obsessive beliefs. In this regard it is important to refer that it was very hard to divide patients into symptom clusters, because of the frequent co-existence of multiple major OCD symptoms. This may have been an important bias in our study. In our opinion, it also highlights the need and adequacy of the more recent dimensional perspective of OCD.

However, overall, these results support that obsessive beliefs are characteristics of OCD and should be given a particular attention to the presence/absence of such beliefs during Cognitive-Behavioral Therapy (11).

The co-morbid anxiety and depressive symptoms remain the most interfering factors with the quality of life of OCD patients (32). Consistent with cognitive theories, dysfunctional beliefs often triggered by environmental or physiological cues, originate strong feelings of anxiety. This anxiety, lead to avoidant or compulsive behaviours, which, in turn, maintain the strength of such beliefs (15). In our study we established this correlation between the obsessive beliefs and the severity of anxiety symptoms, which was significant except for Importance/Control of Thought. Concerning the depression severity symptoms, we verified a higher association with obsessive beliefs.

OBSQ-44 scores showed a non-significant correlation neither with the age of onset of the clinical symptoms, nor with comorbidity of major depressive disorder, suggesting that these may be clinical variables that do not suffer the influence of dysfunctional beliefs.

This study has important limitations. First, the small sample size that we were able to recruit, and a lower number of patients of the hoarding cluster. Second, the symptom-based approach seems to fail, because of the tendency of patients to present with multiple types of symptoms. Ultimately, the threshold for statistical significance used was  $P < 0,05$ , which may have caused Type 1-errors.

Obsessive beliefs are related with severity of OCD symptoms, as well as severity of anxiety and depression symptoms. These results highlight the importance of Obsessive beliefs in the genesis and evolution of OCD and reinforce the importance of Cognitive Therapy in the treatment of this pathology.

Further studies, with a larger sample size and a dimensional approach of the OCD symptoms, would be a benefit to analyse obsessive beliefs in OCD and its relation with dimensional OCD symptoms.

## **Acknowledgements**

The authors would like to thank to Dr. Ana Sofia Costa for her collaboration on interviewing the participants.

The authors declare no conflict of interests.

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth Edit. American Psychiatric Association, editor. Arlington; 2013. 235-242 p.
2. Group OCCW. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Behav Res Ther. 1997;35(7):667–81.
3. Fontenelle LF, Mendlowicz MV VM. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2006;(30):327–37.
4. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT KR. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2010;(15):53–63.
5. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 2008;165(12):1532–42.
6. Frost, Randy O.; Steketee GS. Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment. Oxford: Elsevier; 2002.
7. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Ther. 1985;(23):571–83.
8. Beck AT. Cognitive therapy of the emotional disorders. New York: International Universities Press.; 1976.
9. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. Behav Res Ther. 2002;(40):625–39.
10. Rachman S. Fear of contamination. Behav Res Ther. 2004;(42):1227–55.
11. McKay, Dean; Sookman, Debbie; Neziroglu, Fugen; Wilhelm; Stein, Dan J.; Kyrios, Michael; Matthews, Keith; Vaele D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2015;(227):104–13.
12. Group OCCW. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behav Res Ther. 2001;(39):987–1006.
13. Steketee G, Frost R, Bhar S, Bouvard M, Calamari J, Carmin C, et al. Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. Behav Res Ther. 2003;41(8):863–78.
14. Steketee G, Frost R, Bhar S, Bouvard M, Calamari J, Carmin C, et al. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory - Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. Behav Res Ther. 2005;43(11):1527–42.
15. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. Behav Res Ther. 2006;44(4):469–80.
16. Abramowitz JS DB. Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory--Revised: Replication and extension with a clinical sample. J Anxiety Disord. 2006;(20):1016–35.

17. Tolin DF, Brady RE HS. Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *J Psychopathol Behav Assessment*. 2008;(30):31–42.
18. Julien D, O'Connor KP, Aardema F, Todorov C. The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Pers Individ Dif*. 2006;41(7):1205–16.
19. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord*. 2008;22(3):475–84.
20. Tolin DF, Woods CM A. Relationship between obsessional beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cogn Ther Res*. 2003;(27):657–69.
21. Polman A, O'Connor KP, Huisman M. Dysfunctional belief-based subgroups and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder. *Pers Individ Dif*. Elsevier Ltd; 2011;50(2):153–8.
22. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;(46):1006–11.
23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;(46):1012–6.
24. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;(32):50–5.
25. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;(23):56–62.
26. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. Elsevier Ireland Ltd; 2010;180(1):25–9.
27. Calleo JS, Hart J, Bjorgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anxiety Disord*. Elsevier Ltd; 2010;24(8):903–8.
28. Calamari JE, Cohen RJ, Rector NA et al. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behav Res Ther*. 2006;(44):1347–60.
29. Kim AS, McKay D, Taylor S, Bunmi T, Kiara O, Jonathan T. The Structure of Obsessive Compulsive Symptoms and Beliefs: A Correspondence and Biplot Analysis. *J Anxiety Disord*. Elsevier Ltd; 2016;
30. Taylor S, Coles ME, Abramowitz JS, Wu KD, Olatunji BO, Timpano KR, et al. How Are Dysfunctional Beliefs Related to Obsessive-Compulsive Symptoms? *J Cogn Psychother*. 2010;24(3):165–76.
31. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC HL. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2010;(48):949–54.
32. Fontenelle IS, Fontenelle LF, Borges MC, Prazeres AM, Rang?? BP, Mendlowicz M V., et al. Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. Elsevier Ltd; 2010;179(2):198–203.

# Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado teve a participação ativa de diversas pessoas, às quais manifesto o meu profundo agradecimento, em particular:

ao Dr. Ricardo Moreira, pela orientação de todo o projeto, pelos ensinamentos e disponibilidade;

à Dr.<sup>a</sup> Ana Sofia Costa, pela sua prestável colaboração;

aos participantes deste estudo, que se disponibilizaram a responder aos questionários e a partilhar a sua experiência relativamente à Perturbação Obsessivo-Compulsiva, tornando assim esta investigação possível;

aos meus colegas e amigos, pela cooperação e boa disposição;

à minha família, por todo o apoio.



# Anexos

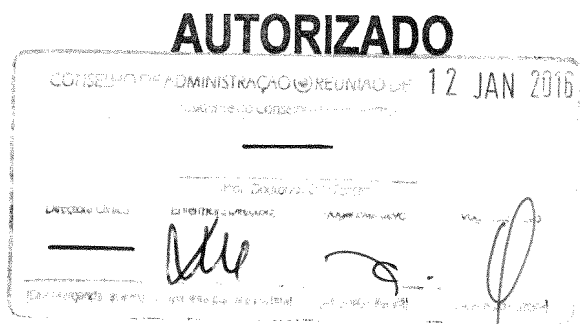
1. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde;
2. Normas da revista: "*International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*".

MAC  
4.1

Direção Clínica  
30 Set. 2015

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de S. João – EPE



**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Maria Elisabete Teixeira Branco

**Título do projeto de investigação:** Crenças Obsessivas na Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação. Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projetos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 30 de Setembro de 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Maria Elisabete Teixeira Branco

7. SEGURO

- a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☒

NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Maria Elisabete Teixeira Branco, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 30 / Setembro / 2015

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

16/10/2015

Maria Elisabete Teixeira Branco

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO/FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

emitido na reunião plenária da CES

de

Centro Hospitalar **São João**.

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS  
ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A)  
INVESTIGADOR(A), A CES APROVA POR UNANIMIDADE O  
PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À  
REALIZAÇÃO DESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

2015, 10, 22

[Assinatura]  
Doutor João Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do  
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Título do Projecto:** Crenças Obsessivas na Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)

**Nome da Investigadora Principal:** Maria Elisabete Teixeira Branco

**Serviço onde decorre o Estudo:** Serviço de Psiquiatria. Dispõe de autorização da Dra. Manuela Moura, em representação do Dr. António Roma Torres.

**Objectivo do Estudo:**

Traduzir e validar uma escala de avaliação de crenças obsessivas ('Obsessive Beliefs Questionnaire – 44').

Avaliar a presença de crenças obsessivas numa população de doentes com POC.

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, sob orientação do Dr. Ricardo Jorge da Silva Assunção Torres Moreira, que será também o elo de ligação no Serviço de Psiquiatria.

**Concepção e Pertinência do estudo:**

Alguns modelos da POC sublinham o papel das distorções cognitivas na etiologia e manutenção desta patologia. As observações clínicas sugerem que alguns pacientes com POC apresentam acentuadas distorções cognitivas associadas às suas obsessões e compulsões, enquanto outros pacientes não apresentam este padrão. É possível que as distorções cognitivas sejam importantes apenas num subgrupo de casos com POC. Por outro lado, a evidência empírica mais recente sugere que as variações nos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) podem ser reduzidos a um pequeno número de dimensões de sintomas.

Pretende este projecto de investigação examinar a relação entre as diferentes dimensões de sintomas OC e as distorções cognitivas normalmente associadas à POC. Para este efeito, a uma amostra de 100 pacientes que recorrem ao 'Programa de Tratamento de Doenças do Espectro Obsessivo' do Serviço de Psiquiatria do CHSJ, com o diagnóstico principal de POC confirmado, irá ser pedido o preenchimento dos seguintes instrumentos: 'Obsessive Beliefs Questionnaire – 44', traduzido para português (um objectivo secundário do projecto é a validação deste questionário na sua versão portuguesa); 'Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS'; 'Y-BOCS SYMPTOM CHECKLIST'; 'Escala de Hamilton para a depressão'; 'Escala de Hamilton para a ansiedade'. Estes últimos são apresentados traduzidos e validados para a população

portuguesa. Serão ainda recolhidos dados sócio-demográficos e variáveis clínicas relevantes. O critério de inclusão para participar é a condição de paciente que recorra ao 'Programa de Tratamento de Doenças do Espectro Obsessivo' do Serviço de Psiquiatria do CHSJ com o diagnóstico principal de POC, entre 1 de Novembro de 2015 e 31 de Janeiro de 2016. Os critérios de exclusão são a presença de disfunção cerebral orgânica, atraso mental ou psicose, e a presença de perturbação psiquiátrica grave em comorbilidade com POC (excepto perturbação depressiva major).

**Benefício/risco:**

Incómodo de preencher uns questionários.

**Confidencialidade dos dados:**

Os doentes serão identificados apenas com um número. Os questionários estão anonimizados.

**Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:**

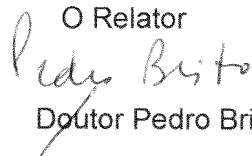
A informação a prestar ao participante é adequada.

**Curriculum da investigadora:** Adequado à investigação.

**Data previsível da conclusão do estudo:** Março de 2016

**Conclusão:** Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 21 de Outubro de 2015

O Relator  
  
Doutor Pedro Brito

# INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

## Contents

<b>1. AIMS AND SCOPE</b>	<b>1</b>
<b>2. TYPES OF PAPERS</b>	<b>2</b>
2.1. ORIGINAL RESEARCH ARTICLES	2
2.2. REVIEW ARTICLES AND DRUG REVIEWS	2
2.3. CASE REPORTS AND CASE SNIPPETS	2
2.4. VIEWPOINTS	3
2.5. LETTERS TO THE EDITOR	3
2.6. EDITORIALS AND GUEST EDITORIALS	3
<b>3. MANUSCRIPT SUBMISSION</b>	<b>3</b>
3.1. COVER LETTER	3
3.2. MANUSCRIPT PREPARATION	3
3.3. SUPPORTING INFORMATION	5
3.4. SUBMISSION CHECKLIST	6
<b>4. OVERVIEW OF THE EDITORIAL PROCESS</b>	<b>6</b>
4.1. APPEAL PROCESS	6

## 1. Aims and Scope

The International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health is an open-access peer-reviewed journal published trimonthly by ARC Publishing.

Our goal is to provide high-quality publications in the areas of Psychiatry and Mental Health, Neurology, Neurosurgery and Medical Psychology. Expert leaders in these medical areas constitute the international editorial board.

The journal publishes original research articles, review articles, drug reviews, case reports, case snippets, viewpoints, letters to the editor, editorials and guest editorials.

The International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health follows the highest scientific standards, such as the CONSORT / STROBE guidelines and the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (ICJME).

The journal offers:

- Trusted peer review process
- Fast submission-to-publication time
- Open-access publication without author fees
- Multidisciplinary audience and global exposure

## 2. Types of papers

The International Journal of Clinical Neuroscience and Mental Health publishes scientific articles in the following categories:

- Original research articles.
- Reviews.
- Drug reviews.
- Case reports.
- Case snippets.
- Viewpoints.
- Letters to the editor.
- Editorials and guest editorials.

### 2.1. Original research articles

The International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health welcomes original clinical research related with psychiatry, mental health, medical psychology, neurosurgery and neurology.

Reports of randomized clinical trials should follow the [CONSORT Guidelines](#) and reports of observational studies should comply with [STROBE Guidelines](#).

Body text of an Original Research Article should have no more than 4000 words (word count excludes title page, abstract, acknowledgments, references and tables). A maximum of 6 illustrations (figures or tables) are allowed. Supplementary online material may be submitted at the editor discretion.

### 2.2. Review articles and Drug Reviews

Review articles on CNS-related drugs, psychiatry, mental health, medical psychology, neurosurgery and neurology topics are welcome. Both invited and unsolicited submissions are accepted.

Manuscripts should be limited to a maximum of 4,500 words, excluding title page, abstract, acknowledgments, references and tables.

### 2.3. Case reports and case snippets

Case Reports and Case Snippets should have no more than 750 and 500 words, respectively (word count excludes references); one figure or table can be included.

Only highly meaningful Case Reports are accepted, including major educational content or major clinical findings. Case Snippets should describe a diagnosis or therapeutic challenge.

### 2.4. Viewpoints

Viewpoints should provide an expert opinion on important topics for medical research or practice, with possibility for covering social and policy aspects. This section encourages dialogue and debate on relevant issues with expert views based on evidence.

Viewpoints are limited to 1500 words (word count excludes references) and can include one figure or table.

## 2.5. Letters to the Editor

Letters to the Editor should share views on published articles, any findings insufficient for a research article or present ideas of any subject in the scope of the journal.

Letters to the Editor have a maximum of 600 words (including references) and can include one figure or table.

## 2.6. Editorials and Guest Editorials

Authors are invited by the Editor-in-Chief to comment on specific topics and express their opinions. Editorials and Guest Editorials have a maximum of 1,000 words and can include one figure or table.

## 3. Manuscript Submission

These instructions advise on how the manuscript should be prepared and submitted. Manuscripts that do not comply with the guidelines will not be considered for review.

All manuscripts should be prepared in A4-size or US-letter size, in UK or US English.

Manuscripts should be submitted in \*.doc and \*.pdf formats, in the appropriate section of the journal website: [IJCNMH online submission](#).

### 3.1. Cover Letter

A cover letter should be submitted together with the manuscript, in \*.doc or \*.pdf format, addressed to the Editor-in-Chief.

A template for the cover letter is available for [download](#).

The cover letter should contain statements about originality of your publication, Ethics Committee approval and informed consent (if applicable), conflicts of interest and why in your opinion your manuscript should be published.

### 3.2. Manuscript Preparation

The manuscript must be divided in 2 files: the Title page (submitted in \*.doc format and \*.pdf formats) and the Manuscript body (submitted in \*.doc and \*.pdf formats).

#### **Title page**

This should be submitted as a separate file from your manuscript (to assure anonymity in the peer review process) and should include:

- Article title.
- Authors' names, titles (e.g. MD, PhD, MSc, etc.) and institutional affiliations.
- Corresponding author: name, mailing address, telephone and fax numbers.
- Keywords (maximum of 10).
- A running head (up to 50 characters).
- Abstract word count (up to 250 words).
- Body text word count.
- The number of figures and tables.



**Manuscript body:**

The Manuscript body must be anonymous, not containing the names or affiliations of the authors. Manuscript body must be structured in the following order: title, abstract, body text, acknowledgements, references, tables, and figures captions/legends.

- The text must be formatted as follow:
- Arial fonts, size: 11 points.
- Single line spacing (see paragraph menu).
- Aligned to the left (not justified).

Showing continuous line numbers on the left border of the page. For MS Word you can add line numbers by going to: Page Layout -> Line Numbers -> select "Continuous"; for OpenOffice: Tools -> Line Numbering -> tick "Show numbering".

**Title**

A descriptive and scientifically accurate article title should be provided.

**Abstract (250 words maximum)**

An abstract should be prepared for Original Research Articles, Review Articles and Drug Reviews.

Should be structured and include: background/objective, material and methods, results, and conclusions. These sections should be separated by the respective headings.

If the publication is associated with a registered clinical trial, the trial registration number should be referred at the end of the abstract.

**Body text****Original research articles**

Original research articles should be structured as follows:

**Introduction:** Should present the background for the investigation and justify its relevancy. Claims should be supported by appropriate references. Introduction should end by stating the objectives of the study.

**Methods:** Should allow the reproduction of results and therefore must provide enough detail. Appropriate subheadings can be included, if needed.

**Results:** Should include detailed descriptions of generated data. This section can be separated into subsections with concise self-explanatory subheadings.

**Discussion and Conclusions:** Should be brief but comprehensive and well argued, summarise and discuss the main findings, their clinical relevance, the strengths and limitations of the study, future perspectives with suggestion of experiments to be addressed in the future.

**Review articles and Drug Reviews**

These types of articles should be organized in sections and subsections.

**Acknowledgements**

This section should name everyone who has contributed to the work but does not qualify as an author. People mentioned in this section must be informed and only upon consent should their names be included along with their contributions. Financial support (with grant number, if applicable) should also be stated here.

Any conflict of interests should be declared. If authors have no declaration it should be written: "The authors declare no conflict of interests".

**References**

References citation in the text should be numbered sequentially along the text, within brackets.

The use of a reference management tool (such as Endnote or Reference Manager) is recommended. References must be formatted in Vancouver style.

Only published or accepted for publication material can be referenced. Personal communications can be included in the text but not in the references list.

### **Tables**

Tables should be smaller than a page, without picture elements or text boxes. Tables should have a concise but descriptive title and should be numbered in Arabic numerals. Table footnotes should explain any abbreviations or symbols that should be indicated by superscript lower-case letters on the body table.

### **Figures**

Figures should have a concise but descriptive title and should be numbered in Arabic numerals. If the article is accepted for publication, the authors may be asked to submit higher resolution figures. Copyright pictures shall not be published unless you submit a written consent from the copyright holder to allow publishing.

Each figure file shall not be larger than 30MB.

Figures should be tested and printed on a personal printer prior submission. The printed image, resized to the intended dimensions, is almost a replication of how the picture will look online. It shall be clearly perceived, non-pixelated nor grainy. Only flattened versions of layered images are allowed. Each figure can only have a 2-point white space border, thus cropping is strongly advised. For text within figures, Arial fonts between 8 to 11 points should be used and must be readable. When symbols are used, the font information should be embedded.

Photographs should be submitted as \*.tif or \*.eps at high-resolution (300 dpi or more). Graphics should be submitted in \*.eps format. MS Office graphics are also acceptable.

All figures, tables and graphics should have white background and not transparent.

Lines, rules and strokes should be between 0.5-1.5 points for reproducibility purposes.

## **3.3. Supporting Information**

### ***Code of Experimental Practice and Ethics***

The minimal ethics requirements are those recommended by the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki). Authors should provide information regarding ethics on research participants, patient informed consent, data privacy as well as competing interests. If the authors have submitted a related manuscript elsewhere should disclose this information prior submission.

### **Nomenclature**

All units should be in International System (SI). Drugs should be designated by their International Non-Proprietary Name (INN).

## **3.4. Submission Checklist**

Please ensure you have addressed the following issues prior submission:

- Details for competing interests.
- Details for financial disclosure.
- Details for authors contribution.
- Participants informed consent statement.
- Contributor copyright authorization of figures included in the manuscript, not produced by the authors and subjected to copyright.
- Authorship, affiliations and email addresses are correct.

- Cover letter addressed to the Editor-in-Chief.
- Identification of potential reviewers and their email addresses (to be introduced at the online submission platform).
- Manuscript, figure and tables comply with the author guidelines, including the correct format, SI units and standard nomenclature.
- Separated files for Title page (\*.doc and \*.pdf) and Manuscript body (\*.doc and \*.pdf)—4 in total.
- Manuscript body does not contain the names or affiliations of the authors.

If you have any questions, please contact [ijcnmh@arc-publishing.org](mailto:ijcnmh@arc-publishing.org)

#### 4. Overview of the Editorial Process

The International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health aims to provide an efficient and constructive view of the manuscripts submitted to achieve a high quality level of publications. The editorial board is constituted by expert leaders in several areas of medicine particularly in Clinical Neuroscience and Mental Health.

Once submitted, the manuscript is assigned to an editor which evaluates and decides whether the manuscript is accepted for peer-review. At this initial phase, the editor evaluates if the manuscript fulfils the scope of the journal according to the content and minimum quality standards. For peer-review, one or two additional expert field editors will comment on the manuscript and decide on whether it is accepted for publishing with minor corrections or not accepted for publishing. The editor may ask authors to resubmit after major revision. Decision is based on technical and scientific merits of the work. Reviewers can be asked to be disclosed or stay anonymous. Authors can exclude specific editors or reviewers from the process, upon submission, a rationale should be provided.

Upon evaluation, an email is sent to the corresponding author with the decision. If accepted, the manuscript enters the production process. It takes approximately 6-7 weeks for the manuscript to be published.

##### 4.1. Appeal Process

The editors will respond to appeals from authors which manuscripts were rejected. Their interests should be sent to the Editor.

Two directions can be followed:

- If the Editor does not accept the appeal, further right to appeal is denied.
- If the Editor accepts the appeal, a further review will be asked. After the new review, the editor can reject or accept the appeal. If rejected, nothing else can be done, if accepted the author is able to resubmit the manuscript.

The reasons for not accepting a manuscript for consideration can be:

- The manuscript does not follow the scope of the journal.
- The manuscript has potential interest but there are methodological concerns after peer-review or editorial examination.

# Apêndices

1. Questionário de Crenças Obsessivas (OBQ-44), adaptado de “*Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44)*” - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group 2005;
2. Escala de Hamilton para a Ansiedade, adaptado de “*The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)*”;
3. Escala de Hamilton para a Depressão”, adaptado de “*The Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-21)*”;
4. Questionário Clínico-demográfico;
5. Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) - Goodman et al., 1989 - Versão Portuguesa;
6. Y-BOCKS Symptom Checklist;
7. Informação para Consentimento Informado;
8. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre;

Adaptação de “*Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44)*” - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group 2005

### Questionário de Crenças Obsessivas (OBQ-44) – versão portuguesa 2015

Maria Elisabete Branco, Ana Sofia Costa, Ricardo Moreira

Este questionário enumera diferentes atitudes ou crenças que as pessoas por vezes têm. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o quanto concorda ou discorda da mesma. Para cada uma das afirmações escolha o número que corresponde à resposta que *melhor descreve o que pensa*. Todas as pessoas são diferentes, portanto, não existem respostas corretas nem incorretas. Para decidir se uma determinada afirmação é típica da sua forma de ver as coisas, lembre-se do que você é a maior parte do tempo.

1	2	3	4	5	6	7
Muito em desacordo	Moderadamente em desacordo	Um pouco em desacordo	Nem de acordo, nem em desacordo	Um pouco de acordo	Moderadamente de acordo	Muito de acordo

Utilize a seguinte escala:

Ao realizar as suas valorações, tente evitar utilizar a pontuação média da escala (4), indicando por sua vez se está habitualmente de acordo ou em desacordo com as afirmações sobre as suas próprias crenças e atitudes.

1. Penso frequentemente que as coisas (situações, pessoas, objetos) à minha volta são inseguras.	1	2	3	4	5	6	7
2. Se não tenho a certeza absoluta de algo, provavelmente irei cometer um erro.	1	2	3	4	5	6	7
3. As coisas deveriam ser perfeitas de acordo com os meus padrões.	1	2	3	4	5	6	7
4. Para ser uma boa pessoa, devo ser perfeito em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
5. Devo agir para prevenir que coisas más aconteçam, quando vejo alguma oportunidade para o fazer.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mesmo que o mal seja muito improvável, devo tentar preveni-lo a qualquer custo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Para mim, ter maus impulsos é tão mau como realizá-los de facto.	1	2	3	4	5	6	7
8. Se não atuo quando prevejo perigo, então sou o culpado por quaisquer consequências.	1	2	3	4	5	6	7
9. Se não posso fazer algo perfeito, não o devo fazer de todo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Devo trabalhar com todo o meu potencial a todas as horas.	1	2	3	4	5	6	7
11. É essencial para mim considerar todos os possíveis desfechos de uma situação.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mesmo os erros sem importância significam que um trabalho não está completo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Se eu tiver pensamentos ou impulsos agressivos acerca dos meus entes queridos, significa que, secretamente, eu os posso querer magoar.	1	2	3	4	5	6	7
14. Devo estar certo das minhas decisões.	1	2	3	4	5	6	7
15. Em todos os tipos de situações diárias, não prevenir o mal é tão mau como causar o mal deliberadamente.	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitar problemas sérios (por exemplo doenças ou acidentes) requer um esforço constante da minha parte	1	2	3	4	5	6	7
17. Para mim, não prevenir o mal é tão mau como causá-lo.	1	2	3	4	5	6	7
18. Devo ficar chateado se cometo um erro.	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Muito em desacordo	Moderadamente em desacordo	Um pouco em desacordo	Nem de acordo, nem em desacordo	Um pouco de acordo	Moderadamente de acordo	Muito de acordo
19. Devo certificar-me de que os outros estão protegidos de qualquer consequência negativa das minhas decisões ou atos.					1 2 3 4 5 6 7	
20. Para mim, as coisas não estão bem se não estão perfeitas.					1 2 3 4 5 6 7	
21. Ter maus pensamentos significa que sou uma pessoa terrível.					1 2 3 4 5 6 7	
22. Se eu não tomar precauções extra, tenho mais probabilidade do que os outros de ter ou causar um desastre sério.					1 2 3 4 5 6 7	
23. Para me sentir seguro, tenho de estar tão preparado quanto possível para qualquer coisa que possa correr mal.					1 2 3 4 5 6 7	
24. Não deveria ter pensamentos bizarros ou repugnantes.					1 2 3 4 5 6 7	
25. Para mim cometer um erro é tão mau como falhar completamente.					1 2 3 4 5 6 7	
26. É essencial que tudo esteja muito claro, mesmo em pequenos assuntos.					1 2 3 4 5 6 7	
27. Ter pensamentos blasfemos (insultos contra algo considerado sagrado) é tão pecado como cometer um ato de sacrilégio.					1 2 3 4 5 6 7	
28. Eu deveria poder livrar a minha mente de pensamentos indesejados.					1 2 3 4 5 6 7	
29. Eu tenho mais probabilidade do que outras pessoas para causar acidentalmente mal a mim próprio ou aos outros.					1 2 3 4 5 6 7	
30. Ter pensamentos maus significa que sou esquisito ou anormal.					1 2 3 4 5 6 7	
31. Tenho de ser o melhor nas coisas que são importantes para mim.					1 2 3 4 5 6 7	
32. Ter um pensamento ou imagem sexual indesejada significa que eu realmente o quero fazer.					1 2 3 4 5 6 7	
33. Se as minhas ações puderem ter um pequeno efeito numa potencial desgraça, então sou o responsável por esse desfecho.					1 2 3 4 5 6 7	
34. Mesmo quando tenho cuidado, penso frequentemente que coisas más irão acontecer.					1 2 3 4 5 6 7	
35. Ter pensamentos intrusivos significa que estou fora de controlo.					1 2 3 4 5 6 7	
36. Maus acontecimentos irão ocorrer, a não ser que eu seja muito cuidadoso.					1 2 3 4 5 6 7	
37. Tenho de continuar a trabalhar em algo até que esteja feito de forma perfeita.					1 2 3 4 5 6 7	
38. Ter pensamentos violentos significa que irei perder o controlo e tornar-me violento.					1 2 3 4 5 6 7	
39. Para mim, falhar na prevenção de um desastre é tão mau como causá-lo.					1 2 3 4 5 6 7	
40. Se eu não fizer um trabalho perfeito, as pessoas não me irão respeitar.					1 2 3 4 5 6 7	
41. Mesmo as experiências correntes da minha vida estão cheias de risco.					1 2 3 4 5 6 7	
42. Ter um mau pensamento não é moralmente diferente de fazer uma má ação.					1 2 3 4 5 6 7	
43. Faça eu o que fizer, não serei suficientemente bom.					1 2 3 4 5 6 7	
44. Se eu não controlar os meus pensamentos, serei castigado.					1 2 3 4 5 6 7	

## Questionário Crenças Obsessivas (OBQ-44)

### Cotação:

RT - Responsabilidade/  
Estimativa do Risco

PC – Perfeccionismo/ Certeza

ICT – Importância/ Controlo dos  
Pensamentos

1. RT
2. PC
3. PC
4. PC
5. RT
6. RT
7. ICT
8. RT
9. PC
10. PC
11. PC
12. PC
13. ICT
14. PC
15. RT
16. RT
17. RT
18. PC
19. RT
20. PC
21. ICT
22. RT

23. RT
24. ICT
25. PC
26. PC
27. ICT
28. ICT
29. RT
30. ICT
31. PC
32. ICT
33. RT
34. RT
35. ICT
36. RT
37. PC
38. ICT
39. RT
40. PC
41. RT
42. ICT
43. PC
44. ICT

**ESCALA DE HAMILTON PARA A ANSIEDADE**

(Hamilton M., 1959 – versão portuguesa)

Para cada item, escreva na caixa apropriada, a pontuação que melhor caracteriza o doente durante a semana que passou.

**Pontuação:** 0. Ausente; 1. Ligeiro; 2. Moderado; 3. Severo; 4. Muito Severo

**1. HUMOR ANSIOSO**

Preocupações, antecipação do pior, medo antecipatório, irritabilidade

☐**2. TENSÃO**

Sensação de tensão, fadiga, choro fácil, tremor, sensação de inquietação, incapacidade para se relaxar

☐**3. MEDOS**

Do escuro, de desconhecidos, de ser deixado sozinho, dos animais, do trânsito, das massas humanas

☐**4. INSÓNIA**

Dificuldade em adormecer, sono fragmentado, sono pouco reparador e cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores nocturnos

☐**5. INTELECTUAL**

Dificuldades de concentração, memória fraca

☐**6. HUMOR DEPRESSIVO**

Perda de interesse, falta de entusiasmo pelas actividades nos tempos livres, depressão, despertar precoce, variação de humor durante o dia

☐**7. SINTOMAS SOMÁTICOS (MUSCULARES)**

Dores musculares, espasmos, rigidez, convulsões mioclónicas, bruxismo, voz trémula, hipertonia

☐**8. SINTOMAS SOMÁTICOS (SENSORIAIS)**

Zumbidos, alterações visuais, flushs de calor e de frio, sentimentos de debilidade, sensação de prurido

☐**9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES**

Taquicardia, palpitações, precordialgias, sensação de desmaio, arritmias

☐**10. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**

Sensação de pressão ou constrição no peito, sensação de falta de ar, suspiros, dispneia

☐**11. SINTOMAS GASTROINTESTINAIS**

Dificuldades de deglutição, cólicas abdominais, sensações de ardência, sensação de enfartamento abdominal, náuseas, vômitos, borborinhos, diarreia, perda de peso, obstipação

☐**12. SINTOMAS UROGENITAIS**

Micções frequentes, urgência em urinar, amenorreia, menorrágia, desenvolvimento de frigidez, ejaculação precoce, perda da libido, impotência

☐**13. SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS**

Secura de boca, rubor, palidez, sudoração profusa, vertigens, cefaleias de tensão, erecção pilosa

☐**14. ATITUDE DURANTE A ENTREVISTA**

Agitação, inquietação psicomotora, trémulo das mãos, semblante tenso, suspiros ou respiração rápida, palidez facial, respiração entrecortada, tics, transpiração

☐**Total:** \_\_\_\_



**ESCALA DE HAMILTON PARA A DEPRESSÃO**

(Hamilton M., 1960 – versão portuguesa)

Para cada item, escreva na caixa apropriada, a pontuação que melhor caracteriza o doente durante a semana que passou.

**1. HUMOR DEPRIMIDO**

0. Inexistente

1. Apenas detectado quando inquirido

2. Referido por comunicação verbal espontânea

3. Detectado sem comunicação verbal (expressão facial, postura, voz, choro fácil)

4. O doente relatou VIRTUALMENTE APENAS estes sintomas em comunicação espontânea verbal e não verbal

☐

Registe o período de tempo com Humor Deprimido: \_\_\_\_ semanas

**2. TRABALHO E ACTIVIDADES**

0. Sem dificuldades

1. Fadiga, fraqueza ou pensamentos/sentimentos de incapacidade (relacionada com o trabalho, actividades, hobbies)

2. Perda de interesse (directa ou indirectamente relatado através de falta de atenção, indecisão e vacilação)

3. Diminuição do tempo dispendido em actividades ou diminuição da produtividade

4. Parou de trabalhar devido à doença actual

☐**3. SINTOMAS SOMÁTICOS, GASTROINTESTINAIS**

0. Nenhum

1. Perda de apetite (mas a comer sem precisar de incentivo, sensação de abdómen pesado)

2. Dificuldade em comer sem incentivo (pede ou necessita de laxantes ou medicação para os intestinos ou sintomas GI)

☐**4. PERDA DE PESO**

0. nenhuma perda de peso ou perda de peso não causada pela doença actual

1. perda de peso provavelmente associada à doença

2. Perda de peso (segundo opinião do doente)

☐

Perda de peso desde a última visita: \_\_\_\_ Kg

**5. INSÓNIA, PRECOCE**

0. Sem dificuldade em adormecer

1. Dificuldade ocasional em adormecer (mais de ½ hora)

2. Dificuldade em adormecer à noite

☐**6. INSÓNIA, MEIO DA NOITE**

0. Sem dificuldades

1. Queixas de sono agitado durante a noite

2. Acorda durante a noite (se sair da cama, excepto para urinar ou evacuar, equivale a 2 pontos)

☐**7. INSÓNIA, TARDIA**

0. Sem dificuldades

1. Acorda de madrugada mas volta a adormecer

2. Não consegue voltar a adormecer se sair da cama

☐**8. SINTOMAS SOMÁTICOS, GERAIS**

0. Nenhum

1. Peso nos membros, costas ou cabeça (dores nas costas, dores de cabeça, dores musculares, perda de energia e fadiga)

2. Qualquer sintoma bem definido equivale a 2 pontos

☐**9. SINTOMAS GENITAIS**

0. Ausentes

1. Moderados

2. Graves

☐**10. SENTIMENTOS DE CULPA**

0. Ausentes

1. Auto censura (desiludir as pessoas)

2. Sentimentos de culpa ou remoer sobre erros ou pecados passados

3. A doença presente é um castigo. Ilusão de culpa

4. Ouve vozes acusadoras ou denunciadoras e/ou tem alucinações visualmente ameaçadoras

☐**11. SUICIDIO**

0. Ausente

1. Sente que a vida não vale a pena ser vivida

2. Deseja morrer (ou pensamentos sobre a própria morte)

3. Ideias ou gestos suicidas

4. Tentativas de suicídio (qualquer tentativa séria equivale a 4 pontos)

☐

**12. ANSIEDADE, PSÍQUICA**

0. Ausente
1. Tensão e irritabilidade subjectivas
2. Preocupa-se com assuntos menores
3. Atitude apreensiva detectada na face ou no discurso
4. Medo expresso sem ser questionado

☐**13. ANSIEDADE, SOMÁTICA**

0. Ausente
1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

☐**14. HIPOCONDRIA**

0. Nenhuma
1. Auto-absorvimento pelo corpo
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda
4. Ilusões hipocondríacas

☐**15. RETARDAMENTO**

0. Discurso e pensamento normais
1. Ligeiro retardamento na entrevista
2. Retardamento óbvio na entrevista
3. Entrevista difícil
4. Letargia completa

☐**16. AGITAÇÃO**

0. Nenhuma
1. Inquietação
2. Brincar com as mãos, cabelo, etc.

☐**17. OBSERVAÇÃO PRÓPRIA**

0. Reconhecer estar deprimido e doente
1. Admite a doença mas atribui a causa à má comida, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descansar ou outra desculpa
2. Nega completamente estar doente

☐**18. VARIAÇÃO DIURNA**

0. Ausente
1. Moderada
2. Grave

☐

Os sintomas agravam-se de manhã \_\_\_\_ horas; ou à noite \_\_\_\_ horas

**19. DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO**

0. Ausente
1. Ligeira
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

☐**20. SINTOMAS PARANÓIDES**

0. Nenhum
1. Suspeita
2. Ideias de referência
3. Ilusões de referência e perseguição

☐**21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS**

0. Ausentes
1. Moderados
2. Graves

☐

Total: \_\_\_\_

## Questionário Clínico-demográfico

Nº

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICA**

**Sexo:** \_\_\_\_

1. Feminino
2. Masculino

**Raça:** \_\_\_\_

1. Caucasiana
2. Negra
3. Asiática
4. Outra

**Idade:** \_\_\_\_ anos

**Religião:** \_\_\_\_

1. Ateu
2. Cristã
3. Muçulmana
4. Judaica
5. Outra; Qual? \_\_\_\_\_

Praticante: \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

**Estado Civil:** \_\_\_\_

1. Solteiro
2. Casado
3. União de facto
4. Divorciado
5. Separado
6. Viúvo

**Escolaridade:** \_\_\_\_

1. Analfabeto
2. Ensino Primário (até 4ª classe)
3. Ensino Secundário (até 9º ano)
4. Ensino Secundário (até 12º ano)
5. Ensino Universitário

**Situação Laboral:** \_\_\_\_

1. Estudante
2. Desempregado
3. Trabalho tempo inteiro
4. Trabalho tempo parcial
5. Baixa / Reforma por doença médica
6. Baixa por doença psíquica
7. Reforma por doença psíquica
8. Reforma por idade

**Profissão:** \_\_\_\_

1. Trabalhos domésticos
2. Profissional liberal
3. Empresário
4. Funcionário Público / Administrativo
5. Operário – trabalho especializado
6. Operário – trabalho não especializado
7. Estudante
8. Outros

**Residência:** \_\_\_\_

1. Rural
2. Urbano

**Nível Socio-Económico:** \_\_\_\_

1. **Alto** (Geralmente educação universitária com altos cargos profissionais e de negócios)
2. **Médio-Alto** (geralmente com educação universitária e com cargos directivos, empresários ou administradores)
3. **Médio** (Trabalhos assalariados como administrativos ou pequenos negócios próprios. Geralmente têm estudos equivalentes a bacharelato ou ensino secundário 9º ou 12º ano)
4. **Médio-Baixo** (inclui empregados especializados em trabalhos manuais. Habitualmente com ensino primário ou secundário até 6º ou 9º ano)
5. **Baixo** (inclui empregados semi-especializados ou não especializados em trabalhos manuais. Analfabetos ou ensino primário até à 4ª classe)

**Conviventes:** \_\_\_\_

1. Vive só
2. Família de origem
3. Família própria
4. Familiares/Amigos
5. Outros

**Número de filhos:** \_\_\_\_**Número de irmãos (excluindo o próprio doente):** \_\_\_\_**Ordem da fratria:** \_\_\_\_**Estrutura da família de origem:** \_\_\_\_

1. Ambos os pais vivem e residem juntos
2. Falecimento do pai antes dos 18 anos
3. Falecimento da mãe antes dos 18 anos
4. Separação ou divórcio dos pais antes dos 18 anos
5. Outra

Notas: \_\_\_\_\_

---

---

---

## **2. ANTECEDENTES MÉDICOS E PSIQUIÁTRICOS**

### **2.1 Antecedentes familiares psiquiátricos**

Antecedentes Familiares Psiquiátricos: \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Familiares Primeiro Grau (diagnóstico 1): ____	Quem? _____
Familiares Primeiro Grau (diagnóstico 2): ____	Quem? _____
Familiares Primeiro Grau (diagnóstico 3): ____	Quem? _____
Familiares Segundo Grau (diagnóstico 1): ____	Quem? _____
Familiares Segundo Grau (diagnóstico 2): ____	Quem? _____
Familiares Segundo Grau (diagnóstico 3): ____	Quem? _____

- |                                         |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Perturbação Obsessiva-Compulsiva     | 5. Perturbação Afectiva                |
| 2. Perturbação de Ansiedade que não POC | 6. Perturbação Psicótica               |
| 3. Abuso de Substâncias                 | 7. Perturbação Comportamento Alimentar |
| 4. Tics/Gilles de La Tourette           | 8. Perturbação Personalidade           |

Outros antecedentes em familiares de primeiro grau (especificar): \_\_\_\_\_

---

### **2.2 Antecedentes pessoais médicos**

**Antecedentes Obstétricos:** \_\_\_\_

1. Gravidez de termo, com parto eutócico
2. Recém-Nascido Prematuro
3. Parto Distócico (especificar motivo): \_\_\_\_\_

**Antecedentes patológicos somáticos:**

1. Aparelho cardiovascular
2. Aparelho respiratório
3. Aparelho digestivo
4. Sistema Neurológico
5. Órgãos dos sentidos
6. Aparelho locomotor
7. Aparelho Genitourinário

Especificar: \_\_\_\_\_

**Abuso de álcool:** \_\_\_\_

1. Sim; gramas/dia: \_\_\_\_
2. Não

**Tabagismo:** \_\_\_\_

1. Sim; cigarros/dia: \_\_\_\_
2. Não

## 2.3 ANTECEDENTES PESSOAIS PSIQUIÁTRICOS

Perturbações de início na infância ou adolescência

	Idade de Início	Consulta Médica	Idade da Consulta	Tratamento	Duração Tratamento
<b>Atraso Mental</b>					
<b>Dificuldades de Aprendizagem</b> -Leitura -Cálculo -Expressão escrita -NE					
<b>Dificuldades motoras</b> -Desenvolvimento da coordenação					
<b>Dificuldades de Comunicação</b> -linguagem expressiva -linguagem receptiva-expressiva -Fonologia -Gaguez -NE					
<b>Perturbações generalizadas do desenvolvimento</b>					
<b>Síndrome de Hiperactividade e Deficit de Atenção</b>					
<b>Perturbação Disocial da conduta</b>					
<b>Perturbação negativista desafiante</b>					
<b>Perturbação da ingestão e comportamento alimentar</b>					
<b>Perturbação por Tics</b> -Gilles de La Tourette -Tics motores ou vocais crónicos -Tics transitórios -NE					
<b>Perturbação da Eliminação</b> -Encoprese -Enurese					
<b>Perturbação de Ansiedade por Separação</b>					
<b>Mutismo Selectivo</b>					
<b>Perturbação da Vinculação</b>					
<b>Perturbação de movimentos estereotipados</b>					

## Outras Perturbações Psiquiátricas

1. Perturbações relacionadas com substâncias (especificar substância e tipo de abuso): \_\_\_\_  
- álcool      - cocaína      - alucinogéneos      - fenciclidina      - anfetaminas  
- nicotina      - cafeína      - opiáceos      - cannabis      - benzodiazepinas
2. Esquizofrenia \_\_\_\_  
3. Perturbação Esquizofreniforme \_\_\_\_  
4. Perturbação Esquizaafectiva \_\_\_\_  
5. Perturbação Delirante \_\_\_\_  
6. Perturbação Psicótica Breve \_\_\_\_  
7. Perturbação Depressiva Major \_\_\_\_  
8. Distímia \_\_\_\_  
9. Perturbação Afetiva bipolar \_\_\_\_  
10. Perturbação Ciclotímica \_\_\_\_  
11. Perturbação de Ansiedade Generalizada \_\_\_\_  
12. Perturbação de Pânico com/sem Agorafobia \_\_\_\_  
13. Fobia específica \_\_\_\_  
14. Fobia Social \_\_\_\_  
15. Perturbação Somatoforme \_\_\_\_  
16. Perturbação dissociativa \_\_\_\_  
17. Anorexia Nervosa \_\_\_\_  
18. Bulimia Nervosa \_\_\_\_  
19. Cleptomania \_\_\_\_  
20. Piromania \_\_\_\_  
21. Jogo Patológico \_\_\_\_  
22. Tricotilomania \_\_\_\_  
23. Perturbação de Adaptação \_\_\_\_  
24. Sem patologia \_\_\_\_  
25. Desconhece \_\_\_\_

**Tratamento psiquiátrico ambulatorio prévio que não por POC:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

**Internamentos Prévios por doença psiquiátrica que não POC:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Se sim, especificar data, local e motivo:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

**Tentativas de Suicídio Prévias:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Número: \_\_\_\_

Gravidade: \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Tempo desde última tentativa (anos): \_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Perturbação da Personalidade:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Especificar: \_\_\_\_

301.0 – Perturbação Paranóide da Pers.  
301.20 – Perturbação Esquizóide da Pers.  
301.22 – Perturbação Esquizotípica da Pers.  
301.40 – Perturbação Obses-Comp da Pers.  
301.50 – Perturbação Histriónica da Pers.  
301.60 – Perturbação tipo Dependente da Pers.

301.70 – Perturbação Antisocial da Pers.  
301.82 – Perturbação tipo evitativo da Pers.  
301.83 – Perturbação Borderline da Pers.  
301.84 – Perturbação Passiva-Agressiva da Pers.  
301.90 – Perturbação da Pers. Não Especificada  
0 – Sem Perturbação da Personalidade

## **2.4 HISTÓRIA DA PERTURBAÇÃO OBSESSIVA COMPULSIVA**

**Presença de sintomas subclínicos:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

**Correspondência dos sintomas subclínicos com subtipo clínico:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

**Idade dos primeiros sintomas obsessivos (SUBCLÍNICOS):** \_\_\_\_

**Idade dos primeiros sintomas obsessivos (CLÍNICOS):** \_\_\_\_

**Início antes dos 14 anos?:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

**Idade da primeira consulta:** \_\_\_\_

**Tempo de evolução da POC até consulta no nosso serviço (anos):** \_\_\_\_

**Número de internamentos prévios por POC:** \_\_\_\_

**Factor desencadeante do primeiro episódio:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Especificar: \_\_\_\_\_

**Tipo de Educação:** \_\_\_\_ (1. Rígida; 2. Normal; 3. Liberal)

**Curso da POC:** \_\_\_\_

1. Crónico estacionário
2. Crónico com agravamento / deterioração progressiva
3. Crónico com flutuações
4. Episódico →→ Número de episódios: \_\_\_\_

**Tipo Obsessivo:** \_\_\_\_

1. Ruminadores
2. Ritualistas
3. Misto
4. Predomínio da Lentificação Obsessiva

**Ocorrência de Episódios Depressivos durante o curso POC:** \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Episódios com características endógenas: \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)

Durante os episódios depressivos, a POC: \_\_\_\_ (1. Agrava-se; 2. Não varia; 3. Melhora)



**Tratamentos Antiobsessivos prévios (duração >12 semanas) : \_\_\_\_**

1. SSRI em monoterapia com doses correctas (fluoxetina  $\geq$  60 mg; Paroxetina  $\geq$  40 mg; Sertralina  $\geq$  200 mg; Fluvoxamina  $\geq$  200 mg; Citalopram  $\geq$  40 mg; Escitalopram  $\geq$  20 mg)
2. Clomipramina em monoterapia com doses correctas ( $\geq$  150 mg)
3. SSRI + Clomipramina
4. SSRI e/ou Clomipramina + Antipsicótico
5. IMAOs (Fenelzina  $\geq$  45 mg/dia; tranilcipramina  $\geq$  20 mg/dia)

**Eficácia do tratamento prévio: \_\_\_\_**

0. Nula
1. Ligeira
2. Moderada
3. Grande

**Efeitos adversos da medicação (especificar): \_\_\_\_\_**

**Realizou Terapia Cognitiva/Comportamental previamente?: \_\_\_\_ (1. Sim; 2. Não)**

Notas: \_\_\_\_\_

**Checklist de sintomas obsessivo-compulsivos:**

Obsessões de conteúdo agressivo: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Obsessões de contaminação: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Obsessões de conteúdo sexual: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Obsessões de coleccionismo e acumulação: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Obsessões religiosas: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Obsessões de ordem e simetria: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Obsessões diversas: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Obsessões / Compulsões somáticas: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Compulsões de limpeza: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Compulsões de contagem: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Compulsões de verificação / comprovação: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Rituais de repetição: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Compulsões de ordem / arrumação: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Compulsões de coleccionismo / acumulação: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Compulsões variadas: \_\_\_\_ (0. Não; 1. Sim; 2. Sintoma Principal)

Notas: \_\_\_\_\_

**YALE BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)**

(Goodman et al., 1989 - Versão Portuguesa)

**OBSESSÕES****1. TEMPO OCUPADO PELAS OBSESSÕES**☐

0. Nenhum

1. Leve (menos de uma hora por dia) ou pensamentos intrusivos ocasionais (não mais do que 8 vezes por dia)
2. Moderado (de 1 a 3 horas por dia) ou pensamentos intrusivos frequentes (mais do que 8 vezes por dia, mas a maior parte das horas do dia estão livres de obsessões)
3. Grave (mais de 3 horas e até 8 horas por dia) ou pensamentos intrusivos muito frequentes (mais de 8 horas por dia e estão presentes durante a maior parte das horas do dia)
4. Extremo (mais de 8 horas por dia) ou pensamentos intrusivos quase constantes (demasiado numerosas para serem contadas e raramente passa uma hora sem que surjam várias obsessões)

**2. INTERFERÊNCIA DEVIDA ÀS OBSESSÕES**☐

0. Nenhuma

1. Leve, ligeira interferência das actividades sociais ou profissionais, mas sem prejuízo do rendimento global
2. Moderado, interferência clara com as actividades sociais ou profissionais, mas ainda de uma forma manejável
3. Grave, causa impedimento substancial nas actividades sociais ou profissionais
4. Extremo, incapacitante.

**3. MAL-ESTAR PROVOCADO PELAS OBSESSÕES**☐

0. Nenhum

1. Leve, pouco frequente e não muito perturbador
2. Moderado, frequente e perturbador, mas o mal-estar é contudo suportável
3. Grave, muito frequente e perturbador
4. Extremo, quase constante, com mal-estar incapacitante.

**4. RESISTÊNCIA CONTRA AS OBSESSÕES**☐

0. Realiza sempre esforços para lhes resistir, ou os sintomas são tão pequenos que não necessita resistir-lhes de forma activa

1. Tenta resistir-lhes a maior parte do tempo
2. Realiza algum esforço para lhes resistir
3. Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, mas fá-lo com alguma relutância
4. Cede completamente a todas as obsessões e de boa vontade.

**5. GRAU DE CONTROLO DAS OBSESSÕES**☐

0. Controlo completo

1. Muito controlo, normalmente é capaz de parar ou desviar as obsessões com algum esforço e concentração
2. Controlo moderado, às vezes é capaz de parar ou desviar as obsessões
3. Pouco controlo, poucas vezes tem êxito em parar as obsessões e apenas consegue desviar a atenção com dificuldade
4. Nenhum controlo, as obsessões são vividas como completamente involuntárias, raramente é sequer capaz de desviar momentaneamente o pensamento.

**SubTotal Obsessões:** \_\_\_\_\_

**COMPULSÕES****6. TEMPO OCUPADO PELAS COMPULSÕES**☐

0. Nenhum

1. Leve (menos de uma hora por dia a realizar compulsões) ou realização ocasional de actos compulsivos (menos de 8 vezes por dia)
2. Moderado (de 1 a 3 horas por dia a realizar compulsões) ou realização frequente de actos compulsivos (mais do que 8 vezes por dia, mas a maior parte das horas do dia estão livres de comportamentos compulsivos)
3. Grave (mais de 3 horas e até 8 horas por dia) ou realização muito frequente de actos compulsivos (mais de 8 horas por dia e os comportamentos compulsivos estão presentes durante a maior parte das horas do dia)
4. Extremo (mais de 8 horas por dia) ou realiza quase constantemente actos compulsivos (demasiado numerosos para serem contadas e raramente passa uma hora sem realizar comportamentos compulsivos)

**7. INTERFERÊNCIA DEVIDA ÀS COMPULSÕES**☐

0. Nenhuma

1. Leve, ligeira interferência das actividades sociais ou profissionais, mas sem prejuízo do rendimento global
2. Moderado, interferência clara com as actividades sociais ou profissionais, mas ainda de uma forma manejável
3. Grave, causa impedimento substancial nas actividades sociais ou profissionais
4. Extremo, incapacitante.

**8. MAL-ESTAR PROVOCADO PELAS COMPULSÕES**☐

0. Nenhum

1. Leve, apenas fica ligeiramente ansioso quando não realiza as compulsões, ou apenas fica ligeiramente ansioso durante a realização das mesmas
2. Moderado, refere que a ansiedade aumenta se não realiza as compulsões, ainda que de forma suportável; ou que a ansiedade aumenta durante a realização das compulsões, mas de forma manejável
3. Grave, importante e perturbador aumento da ansiedade quando não realiza as compulsões ou importante e perturbador aumento da ansiedade durante a realização das compulsões
4. Extremo, ansiedade incapacitante perante qualquer intervenção dirigida a modificar a actividade, ou ansiedade incapacitante que se desenvolve durante a realização das compulsões

**9. RESISTÊNCIA CONTRA AS COMPULSÕES**☐

0. Realiza sempre esforços para lhes resistir, ou os sintomas são tão pequenos que não necessita resistir-lhes de forma activa

1. Tenta resistir-lhes a maior parte do tempo
2. Realiza algum esforço para lhes resistir
3. Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, mas fá-lo com alguma relutância
4. Cede completamente a todas as compulsões e de boa vontade.

**10. GRAU DE CONTROLO DAS COMPULSÕES**☐

0. Controlo completo

1. Muito controlo, experimenta pressão para realizar o acto compulsivo, mas é capaz de exercer um controlo voluntário sobre ele
2. Controlo moderado, forte pressão para realizar o acto compulsivo, pode controlá-lo apenas com dificuldade
3. Pouco controlo, forte impulso para realizar a conduta, necessita completar o acto compulsivo, apenas o pode atrasar com alguma dificuldade
4. Nenhum controlo, impulso para realizar a conduta é experimentado como completamente independente da sua vontade e poderoso, raramente é sequer capaz de atrasar momentaneamente o acto compulsivo.

SubTotal Compulsões: \_\_\_\_

Total: \_\_\_\_

## Y-BOCKS SYMPTOM CHECKLIST

Assinale todas as opções que forem aplicáveis ao caso, mas destaque os sintomas principais com um “P”. O avaliador deverá certificar-se de que os comportamentos referidos estão relacionados com a POC, e não com outras patologias do espectro obsessivo, tais como fobias simples ou hipocondria. Os itens assinalados com “\*” poderão ou não ser sintomas OC.

### OBSESSÕES

OBSESSÕES CONTEÚDO AGRESSIVO	Presente	Passado
Medo de fazer mal a si próprio		
Medo de fazer mal a terceiros		
Imagens violentas ou horríficas		
Medo de dizer obscenidades ou insultos em voz alta em público		
Medo de fazer outra coisa qualquer embaraçosa em público *		
Medo de realizar impulsos não desejados (ex: esfaquear um amigo)		
Medo de roubar coisas		
Medo de fazer mal a terceiros por não ser devidamente cauteloso (ex: atropelar alguém e fugir)		
Medo de ser o responsável por algum acontecimento terrível (ex: incêndio, roubo, acidente, etc.)		
Outros		
OBSESSÕES DE CONTAMINAÇÃO	Presente	Passado
Preocupação ou desgostos pelos desperdícios corporais ou secreções (ex: urina, fezes, saliva, suor)		
Preocupação com a sujidade e os germes		
Preocupação excessiva com contaminantes ambientais (ex: radiações, asbesto, lixo tóxico)		
Preocupação excessiva com produtos de limpeza do domicílio (ex: solventes, detergentes, etc)		
Preocupação excessiva com animais (ex: insectos)		
Sentir-se incomodado por substâncias pegajosas, viscosas ou por resíduos		
Preocupação de que vai adoecer devido a contaminantes		
Preocupação de causar doenças a terceiros por espalhar um contaminante		
Outras		
OBSESSÕES CONTEÚDO SEXUAL	Presente	Passado
Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais proibidos ou pervertidos		
Conteúdo envolve crianças ou incesto		
Conteúdo envolve identidade sexual ou homossexualidade *		
Comportamento sexual agressivo com terceiros *		

Nº

Outras		
<b>OBSESSÕES DE ACUMULAÇÃO (HOARDING)</b>	<b>Presente</b>	<b>Passado</b>
Distinguir de hobbies, colecções e objectos de valor monetário ou sentimental		
<b>OBSESSÕES CONTEÚDO RELIGIOSO</b>		
Escrupulosidade, preocupação com sacrilégio e blasfémia		
Excessiva preocupação com moralidade, o correcto/incorrecto		
Outras		
<b>OBSESSÕES DE ORDEM E SIMETRIA</b>	<b>Presente</b>	<b>Passado</b>
Acompanhados de pensamento mágico (preocupação de que a mãe terá um acidente se as coisas não estiverem no local certo)		
Não acompanhadas de pensamento mágico		
<b>OBSESSÕES VARIADAS (MISCELLANEOUS)</b>	<b>Presente</b>	<b>Passado</b>
Necessidade de saber ou lembrar		
Medo de dizer certas coisas		
Medo de não dizer exactamente o correcto		
Medo de perder coisas		
Imagens intrusivas não violentas		
Sons, palavras ou músicas intrusivas e sem sentido		
Sentir-se incomodado por certos ruídos/sons *		
Números sorte/azar		
Cores com significado especial		
Medos supersticiosos		
Outros		
<b>OBSESSÕES DE CONTEÚDO SOMÁTICO</b>		
Preocupação com doenças *		
Preocupação excessiva com certas partes do corpo e sua aparência (ex: dismorfofobia) *		
Outras		

**COMPULSÕES**

COMPULSÕES DE LIMPEZA/LAVAGEM	Presente	Passado
Lavar as mãos de forma excessiva ou ritualizada		
Tomar duches, banhos, lavar os dentes, ou fazer a rotina do quarto de banho de forma repetida ou ritualizada		
Envolve limpeza dos objectos do domicílio ou outros objectos inanimados		
Outras medidas para prevenir ou remover o contacto com contaminantes		
Outras		
COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO	Presente	Passado
Verificar fechaduras, fogão, utensílios, água, gás, luz, etc...		
Verificar que não fez mal a terceiros		
Verificar que não fez mal a si próprio		
Verificar que nada de terrível aconteceu ou vai acontecer		
Verificar que não se enganou/que não cometeu um erro		
Verificações ligadas às obsessões de conteúdo somático		
Outras		
RITUAIS DE REPETIÇÃO	Presente	Passado
Voltar a ler ou escrever		
Necessidade de repetir actividades da rotina diária (ex: entrar/sair porta, abrir/fechar coisas)		
Outras		
COMPULSÕES DE CONTAGEM	Presente	Passado
COMPULSÕES DE ORDEM/SIMETRIA	Presente	Passado
COMPULSÕES DE ACUMULAÇÃO/COLLECIONISMO	Presente	Passado
Distinguir de hobbies e preocupações com objectos de valor monetário ou sentimental (acumular jornais velhos, acumular lixo, acumular objectos sem qualquer valor ou interesse, etc.)		
COMPULSÕES VARIADAS (MISCELLANEOUS)	Presente	Passado
Rituais mentais (para além de verificar/contar)		
Tendência excessiva em fazer listas		
Necessidade de dizer, perguntar ou confessar		

Nº

Necessidade de tocar, encostar *		
Rituais envolvendo piscar os olhos ou olhar fixamente *		
Tomar medidas para prevenir algum mal a si próprio, a terceiros, ou que aconteça algo terrível		
Comportamentos alimentares ritualizados *		
Comportamentos supersticiosos		
Tricotilomania		
Outros comportamentos auto-destrutivos ou de auto-mutilação *		
Outros		

## **Informação para consentimento informado**

**Título do estudo:** “Crenças Obsessivas na Perturbação Obsessivo-Compulsiva”

**Investigador principal:** Maria Elisabete Teixeira Branco

**Orientador:** Dr. Ricardo Jorge da Silva Assunção Torres Moreira

## **Informação para o consentimento informado**

Antes de decidir participar neste estudo, é importante que perceba as razões do mesmo e em que consistirá a sua participação. Por favor, demore o tempo que precisar a ler cuidadosamente a seguinte informação e, se necessitar, peça a opinião de familiares e/ou amigos.

O presente estudo, intitulado “Crenças Obsessivas na Perturbação Obsessivo-Compulsiva”, decorre no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Porto, e tem como principal objetivo avaliar e caracterizar a presença de crenças obsessivas numa amostra de doentes portugueses com Perturbação Obsessivo Compulsiva (POC).

Alguns modelos da POC, evidenciam o papel das distorções cognitivas na origem e manutenção desta doença. Assim, após identificação das mesmas o paciente pode beneficiar de terapia cognitivo comportamental dirigida às suas crenças obsessivas.

Se concordar participar neste estudo, ser-lhe-á pedido que responda a cinco questionários, um deles individualmente e os restantes com auxílio do clínico ou investigadora, com a duração de cerca de 30 minutos.

A sua participação neste estudo é fundamental e não irá pô-lo, a si em risco, nem causar qualquer incómodo ou despesas.

Os dados recolhidos poderão ser apresentados em conferências médicas e/ou submetidos para publicação em revistas científicas. Os dados serão sempre apresentados em conjunto e os participantes nunca serão identificados. Toda a informação recolhida durante este estudo permanecerá anónima e será tratada de forma confidencial.

A sua participação neste estudo é voluntária. Poderá, a qualquer momento desistir, sem qualquer consequência.

Este estudo encontra-se aprovado pela comissão de ética para a saúde do Centro Hospitalar de S.João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Caso precise de esclarecimentos adicionais, poderá contactar o investigador principal do estudo através do email [mimed09090@med.up.pt](mailto:mimed09090@med.up.pt).





SÃO JOÃO

## PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008; Fortaleza 2013)

### Designação do Estudo (em português)

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☐ Sim (Nº de páginas \_\_\_\_\_)

### O Investigador responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
legível assinatura

### Identificação do participante

Nome: \_\_\_\_\_  
BI/CC nº: \_\_\_\_\_

### Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
assinatura

Nome (Pais/Representante legal): \_\_\_\_\_  
BI/CC nº: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
assinatura